

**Ministère de la Famille
de la Protection sociale et de
la Solidarité
MFPSS**

**Catholic Relief Services-Bénin
CRS-Bénin**

Cellule PAN

**ETUDE DE BASE DU PROGRAMME ALIMENTAIRE NUTRITIONNEL A BASE
COMMUNAUTAIRE SUR LA CONNAISSANCE, PRATIQUE ET COUVERTURE VACCINALE
DANS LES ZONES D'INTERVENTIONS DES DEPARTEMENTS DE L'ATACORA ET DE LA
DONGA**

Cotonou, Août 2001

Financement : United States Agency for International Development (USAID)

AVANT- PROPOS

Le CRS/Bénin, une Organisation Volontaire Privée (PVO) dont le siège se trouve à Baltimore, soutient au Bénin depuis 1958, un programme national de Protection Sociale en partenariat avec le Ministère chargé des Affaires Sociales. Ce programme est soutenu par les ressources du Titre II du Gouvernement Américain. Il s'agissait d'un programme d'assistance simple aux populations les plus à risque sur le plan de la sécurité alimentaire. L'activité principale de ce programme était la distribution des vivres importés des Etats-Unis d'Amérique sous forme d'assistance alimentaire.

A partir de 1982, le CRS-Bénin a décidé en accord avec le Gouvernement du Bénin, d'utiliser une partie importante de ces ressources pour soutenir un programme social (Santé – Nutrition) au lieu du programme d'assistance simple dont l'impact était difficile à cerner. Le nouveau programme intitulé Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN) a été mis en oeuvre dans les Centres de Promotion Sociale (CPS) et Centres d'Education Nutritionnelle (CEN) sur toute l'étendue du territoire nationale. En 1997, l'approche communautaire a été retenue par les deux partenaires afin d'assurer un transfert de compétence et susciter une participation communautaire gage d'une durabilité.

La présente étude permettra de cerner autant que faire se peut, le niveau actuel des pratiques et connaissances de la population cible et constituera une banque de données qui seront exploitées à terme dans le cadre de l'étude d'impact du programme. Pour que cette étude soit conduite de façon technique et scientifique, les structures suivantes ont apporté leur concours : CRS, C/PAN, Direction de la Protection Sociale de la Donga et de l'Atacora, la Direction de la Santé Familiale et l'Institut Régional de Santé Publique. L'enquête a été conduite selon la méthodologie mise au point par le Département de l'Hygiène et de la Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (USA) qui recommande de responsabiliser les différents services impliqués dans le programme de santé maternelle et infantile dans la conduite d'une telle étude.

Ont travaillé à la réalisation de cette étude les cadres de la section Santé et de MTIE à savoir ZANOUE Elisabeth, SAGBADJA A. Félicien, CARRENA Y. Thomas et BALOGOUN C. Edouard et de la C/PAN : YESSOUFOU Zénabou Y., BODJRENOU Augustin, BOKOSSA Emmanuel et SOSSA Cyprien.

Le CRS-Bénin saisit cette occasion pour remercier vivement les personnes et différentes institutions pour leurs contributions à la conception, la préparation et la conduite de cette étude et est disposé à l'améliorer par leurs contributions et observations notamment :

M S P/DSF

MSP/DPS

M FPS S /DDS

IRSP

DDFPSS/DONGA- ATACORA

Tous les superviseurs et enquêteurs

Opératrices de saisie.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AC	Animatrices Communautaires
AG	Assemblée Générale
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BCR	Bureau Central du Recensement
C/PAN	Cellule Programme Alimentaire Nutritionnel
CPS	Centre de Promotion Sociale
CRS	Catholique Relief Services
CVDS	Comité Villageois de Développement Social
DPS	Direction de la Protection Sanitaire
DSF	Direction de la Santé Familiale
DTCP	Diphtérie, Tétracoq, Coqueluche, Poly myélite
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IEC	Information, Education, Communication
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
KPC	Knowledge, Practice and Coverage (Vaccination)
MCH	Maternal, Child Health (Santé Maternelle et Infantile)
MFPSS	Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité
MPREPE	Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi
MSP	Ministère de Santé Publique
MTIE	Monitoring, Targeting, Impact & Evaluation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAN	Programme Alimentaire et Nutritionnel
PBC	PAN à Base Communautaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PVO	Private Voluntary Organization
RMCH	Responsable de centre Maternal and Child Health
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Solution de Réhydratation Orale
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNESCO	United Nation Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNICEF	United Nation Children's Fund
USA	United States of America
VAT	Vaccin Anti Tétanique (Vaccination Anti Tétanique)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1.	Répartition des enfants par tranche d'âge
Tableau n° 2.	Répartition des mères selon leurs activités économiques
Tableau n° 3.	Répartition des mères selon la période de l'initiation à l'allaitement maternel
Tableau n° 4.	Type d'aliments donnés aux enfants
Tableau n° 5.	Répartition des mères selon la connaissance sur l'âge d'introduction d'aliments de complément
Tableau n° 6.	Pratique de l'alimentation lors de la diarrhée des enfants
Tableau n° 7.	Recours aux conseils lors de la diarrhée des enfants
Tableau n° 8.	Signes ou symptômes obligeant une mère à demander conseil
Tableau n° 9.	Prise en charge de la diarrhée à domicile
Tableau n° 10.	Répartition des mères selon leur connaissance sur l'alimentation de l'enfant après un épisode de diarrhée.
Tableau n° 11.	Période de la première consultation prénatale
Tableau n° 12.	Répartition des mères selon leur connaissance sur les aliments à consommer pendant la grossesse pour éviter l'anémie.
Tableau n° 13.	Situation de la vaccination DTCP I, DTCP II et DTCP III des enfants de 11 à 23 mois
Tableau n° 14.	Situation vaccinale BCG et Rouvax (enfants de plus de 11 mois)
Tableau n° 15.	Enfants de 12 - 23 mois totalement vaccinés (enfants ayant reçus les DTCP I, II, III, BCG et Rouvax)
Tableau n° 16.	Nombre de vaccins anti-tétaniques pris par les mères lors de la grossesse
Tableau n° 17.	Répartition des mères selon leur connaissance sur l'âge auquel un enfant devrait être vacciné contre la rougeole.
Tableau n° 18.	Connaissance des mères sur le rôle du VAT
Tableau n° 19.	Connaissance des mères sur le nombre de doses de VAT requis pour une femme en grossesse

LISTE DES GRAPHIQUES.

- Graphique 1. Pratique de l'accouchement assisté dans la zone d'étude.
- Graphique 2. Niveau d'instruction au sein des mères d'enfants.
- Graphique 3. Pratique de l'allaitement maternel.
- Graphique 4. Stimulation laiteuse.
- Graphique 5. Pratique des pesées.
- Graphique 6. Utilisation de la TRO.

TABLE DE MATIERES

Pages

AVANT- PROPOS.....	1
SIGLES ET ABREVIATIONS	2
LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES.	4
INTRODUCTION.....	6
PRINCIPAUX INDICATEURS.....	9
RESUME.....	11
I - CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME.....	12
1-1 - AGE DES MERES ET DES ENFANTS.....	12
1 - 2 - NIVEAU D'INSTRUCTION ET OCCUPATIONS DES MERES.	12
1.3. ABSENCE DES MERES DE LA MAISON.....	13
II – ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION	14
2 – 1 – PRATIQUES DES MERES	14
2 – 1 – 1 – <i>Allaitement maternel</i>	14
2.1.2. <i>Initiation de l'allaitement</i>	14
2.1.3. <i>Allaitement maternel exclusif</i>	14
2.1.4. <i>Introduction de l'aliment de complément</i>	14
2 – 2 – LES CONNAISSANCES DES MERES	15
2 – 2 –1 – <i>Stimulation de la production laiteuse</i>	15
III – CROISSANCE PONDERALE	16
3.1. EXISTENCE DE FICHE DE PESEE ET DE SUIVI DE CROISSANCE	16
3.2. SUIVI DE CROISSANCE.....	16
IV – MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES	16
4.1. PRATIQUE	16
4.1.1. <i>Maladies diarrhéiques</i>	16
4.1.1.2. <i>Prise en charge à domicile des maladies diarrhéiques</i>	18
4.1.3. <i>Maladies respiratoires</i>	18
4.2. CONNAISSANCE DES MERES	19
4.2.1. <i>Signes, symptômes et prises en charges de la diarrhée et des maladies respiratoires</i>	19
4.2.2. <i>Maladies respiratoires</i>	20
VI – SOINS MATERNELS.....	20
6.1. PRATIQUE DES SOINS MATERNELS	20
6.1.1. <i>Existence de carte ou de carnet de santé maternelle et consultations prénatales</i>	20
6.1.2. <i>Accouchement assisté</i>	21
6 – 2 – CONNAISSANCE DES MERES	21
VII – COUVERTURE VACCINALE DANS LA ZONE.....	22
7 – 1 – LA PRATIQUE VACCINALE DANS LA ZONE DE L'ETUDE.	22
3 – 2 – CONNAISSANCE DES MAMANS SUR LA VACCINATION	23
OBJECTIFS DU PBC ATACORA-DONGA POUR 2004	35
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42

INTRODUCTION

Présentation de la zone d'étude

L'étude s'est déroulée dans les départements de l'Atacora et de la Donga (ancien département de l'Atacora). L'ensemble des deux départements s'étend sur une superficie de 31625km² dont 11126 km² pour la Donga et 20499 km² pour l'Atacora. La population du département de l'Atacora est estimée en 2000, à 480847 (la population rurale est estimée à 280656) alors que la Donga compte 315789 personnes en 2000 dont 200302 vivent en milieu rural¹. On dénombre dans les deux départements 11 sous-préfectures et 2 circonscriptions urbaines.

Les principales activités économiques sont l'agriculture et le commerce. Dans l'Atacora les Bétamaribé et apparentées s'adonnent essentiellement la culture de sorgho, de mil, de fonio etc. l'élevage est pratiqué par les peuls. La principale agglomération de la Donga (Djougou) est réputée pour les activités commerciales. Dans le reste du département la culture des tubercules et de céréales est très pratiquée.

Les deux départements sont caractérisés par une saison sèche et une saison pluvieuse. Ils abritent les plus hauts sommets du pays avec l'Atacora qui culmine à plus de 600m.

Objectifs de l'étude

Comme toutes les enquêtes KPC, les résultats de celle-ci permettront de recueillir des informations relatives aux :

- 1 - Connaissances et pratiques des mères dont les enfants sont âgés de 0 à 23 mois sur les principales menaces à la survie des enfants et à la santé maternelle
 - Prises en charge des maladies diarrhéiques et respiratoires
 - Importances du contrôle de croissance
 - Allaitement maternel, sevrage et de l'alimentation des enfants
 - Soins maternels
- 2 - Messages d'éducation en santé appropriés pour les groupes cibles.
- 3 - Taux de couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois pour les vaccins du PEV.

Echantillonnage.

L'échantillonnage consiste à sélectionner au hasard au moins 300 femmes ayant au moment de l'enquête un enfant dont l'âge varie entre 0 et 23 mois révolus et vivant

¹ INSAE, DED, projections démographiques : département de l'Atacora et de la Donga.

dans les communautés ciblées par le Programme Alimentaire et Nutritionnel. Pour y arriver, on a procédé un tirage à deux degrés.

Au 1^{er} degré, 30 communautés sont tirées suivant la méthode du nombre au hasard qui consiste à choisir aléatoirement un nombre. La taille de la population sur laquelle porte l'étude étant connue, on détermine le pas (intervalle fixe à respecter entre deux tirages consécutifs). On cumule les effectifs des différentes communautés et la 1^{ère} grappe est celle dont l'effectif cumulé est immédiatement supérieur ou égal au nombre au hasard.

Au 2^{ème} degré, on choisit le 1^{er} ménage par la méthode itinéraire. En effet, en l'absence d'une base de sondage et d'une opération de dénombrement, l'équipe de collecte conduite par deux superviseurs en présence des autorités procède au tirage d'une localité. Ce tirage est généralement effectué par une autorité. Les superviseurs se placent au centre de la localité et à l'aide d'une bouteille choisissent l'itinéraire et numérotent toutes les cases ou maisons se situant de part et d'autre de la voie. Enfin, on tire au hasard une des cases numérotées, l'enquête commence et se poursuit selon le principe de la case suivante ayant la porte la plus proche jusqu'à ce que le nombre requis par grappe soit atteint.

Au total, 341 mères d'enfants de 0 à 23 mois ont été enquêtées dans les 30 communautés tirées.

Les données ont été recueillies auprès des unités secondaires sélectionnées conformément au plan de sondage.

Collecte des données.

La collecte des données s'est déroulée du 11 au 14 Août 2001 et a mobilisé 18 agents enquêteurs et 12 superviseurs.

Le personnel d'encadrement est composé du personnel de CRS, C/PAN et de l'IRSP. Afin de mieux assurer le suivi de la collecte et la fiabilité des données, il a été mis sur pied un dispositif articulé autour des points suivants :

- ***L'audit*** : Le superviseur vérifie si les éléments d'identification (nom, âge...) sont remplis de façon lisible, vérifie la concordance entre la date de naissance et l'âge de l'enfant en mois et fait un contrôle de cohérence au niveau des questions. Cette opération se déroule sur le terrain immédiatement après que l'enquêteur aurait rempli le questionnaire.

- ***La validation*** : Elle se fait après l'audit et consiste à cocher d'un trait fort les réponses.

- ***Le feed-back*** : Le superviseur fait à l'enquêteur des observations et des remarques pertinentes après avoir suivi celui-ci entrain de faire une interview ou après avoir audité un questionnaire. Il s'agit de renforcer les bonnes actions de l'enquêteur et de corriger les erreurs relevées.

Ce dispositif a permis de procéder au contrôle systématique de tous les questionnaires et d'établir les différentes cohérences au niveau de chaque module du questionnaire.

La saisie et le traitement des données

La maquette de saisie a été construite sous Epi-Info. Deux opératrices de saisie ont effectué la double saisie, les données ont été comparées et corrigées. La tabulation a été faite en SPSS et les différents tableaux ont été tirés.

Méthode d'analyse et de discussion.

Les résultats de l'enquête et les comparaisons faites avec d'autres études sont discutées par un groupe de travail composé des membres de l'équipe de conception, du personnel du CRS/Bénin, des formateurs, de la DDFPSS/Atacora-Donga et des Responsables de centres MCH. Ce groupe de travail a été reparti en 2 équipes.

Les discussions ont amené les différentes équipes à formuler des recommandations et à fixer des objectifs pour la prochaine étape du programme.

PRINCIPAUX INDICATEURS

INDICATEURS	%
A – HABITUDES APPROPRIÉES DE NUTRITION DE L'ENFANT	
1 – <i>Initiation de l'allaitement maternel</i> Enfants allaités au cours de la première heure après naissance	11
2 – <i>Allaitement maternel exclusif</i> Enfants de 0 à 3 mois exclusivement nourris au sein	22
3 – <i>Introduction des aliments</i> Enfants de 6 à 10 mois qui reçoivent en plus du lait maternel, des repas solides ou semi-solides comme la bouillie.	94
4 – <i>Persistance de l'allaitement maternel</i> Enfants de 20 à 23 mois qui sont toujours nourris au sein et recevant des aliments solides et semi-solides comme la bouillie	85
B – PRISE EN CHARGE DES MALADIES DIARRHEIQUES	
1 – <i>Continuation de l'allaitement maternel</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de lait maternel	79
2 – <i>Continuation des liquides</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de liquides autres que le lait maternel	70
3 – <i>Continuation des aliments</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus d'aliments	54
4 – <i>Utilisation de la TRO</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et qui ont été traités à la TRO	27
C - COUVERTURE VACCINALE	
1 – <i>Accès au DTCP I</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I	61
2 – <i>Couverture vaccinale pour le DTCP III</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I, II et III	49
3 – <i>Couverture de rougeole</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination contre la rougeole	46
4 – <i>Enfants complètement vaccinés</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I, I, III et le Rouvax	39
5 – <i>Taux d'abandon</i> Variation de taux entre le DTCP I et le DTCP III	12
Variation de taux entre le BCG et le Rouvax	17

<i>D – SOINS MATERNELS</i>	
1 – <i>Une ou plus de visites prénatales</i> Mères dont les carnets de santé montrent au moins une visite prénatale avant l'accouchement	83
2 – <i>Couverture vaccinale antitétanique</i> Mères ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique pendant la grossesse	76
3 – <i>Accouchement assisté</i> Mères ayant fait l'accouchement de leur plus jeune enfant en présence d'un agent de santé assermenté	33
<i>E – INDICATEURS DE CONNAISSANCE</i>	
1 – <i>Taux d'instruction</i> Mères ayant été à l'école et pouvant lire	2
2 – <i>Age de vaccination contre la rougeole</i> Mères sachant que le vaccin contre la rougeole se fait lorsque l'enfant est âgé de 9 mois	7
3 – <i>Protection par le VAT</i> Mères sachant que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né	35
4 – <i>Visites prénatales</i> Mères sachant que la visite prénatale doit s'effectuer dès le premier trimestre de la grossesse	56
<i>F – SUIVI DE CROISSANCE</i>	
1 – Mères ayant présenté une carte de suivi de croissance	20
2 – Mères ayant pesé leur enfant au moins une fois les 4 derniers mois	39
3 – Mères ayant pesé leur enfant au moins une fois les 2 derniers mois	16
4 – Cartes de suivi de croissance PAN	16

RESUME

Les principaux résultats obtenus dans le cadre du KPC Atacora-Donga font ressortir que :

- *le niveau d'instruction est très faible ; 81% des mères n'ont aucun niveau d'instruction.*
- *17% des mères sont prédisposées aux risques liés à l'accouchement.*
- *85 % des femmes exercent une activité génératrice de revenu. La majorité de ces femmes (70%) partent de la maison au début de la matinée et seulement 45,5% des mères se déplacent avec leur enfant pendant leur absence du domicile.*
- *Les indicateurs de l'allaitement et la nutrition montrent que 38% des mères initient l'allaitement maternel entre la première heure et la huitième heure qui suit l'accouchement et seulement 22% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif. Une très faible proportion (3%) des femmes savent que "faire téter fréquemment son enfant" stimule la production du lait maternel et 59% ont situé l'âge d'introduction du solide ou semi-solide à l'alimentation de l'enfant entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois.*

Au moment de l'enquête 44,3% des enfants souffraient ou avaient souffert de la diarrhée les 15 jours précédents l'enquête. Par rapport à la prise en charge à domicile de la diarrhée, on note que 73% d'entre elles continuent de donner à l'enfant malade au moins autant du lait maternel qu'auparavant. L'analyse en terme de l'alimentation en liquides autres que le lait maternel lors des épisodes de diarrhée montre que 66% des femmes adoptent la bonne pratique.

Il faut noter que 40% des mères ont recours aux antibiotiques ou anti-diarrhéiques comme moyen de traitement de la diarrhée alors que 58% parmi les femmes administrent au cours des épisodes diarrhéiques de leur enfant soit le sachet SRO, soit la solution salée-sucrée, soit la TRO à base de céréales ou les infusions. Cette situation résulterait du fait que seulement 40% d'entre elles ont recours aux canaux appropriés pour des conseils pendant la diarrhée des enfants.

- *20% des mères ont eu à présenter la fiche de croissance de leur enfant et 16% parmi elles sont allées peser leur enfant, les deux derniers mois précédents l'enquête ;*
- *Quant aux mères, elles sont 63% à posséder les cartes ou carnets de santé maternelle. A 62%, elles pensent que la consommation des protéines riches en fer permettrait d'éviter l'anémie pendant la grossesse et 56% savent que la première consultation prénatale doit avoir lieu pendant le premier trimestre de la grossesse.*
- *39% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés alors que le taux d'abandon enregistré est de 17 points entre le BCG et Rouvax. Par ailleurs, 75% des femmes ont reçu au moins deux doses de VAT et 35% des mères savent que la vaccination contre le tétanos lors de la grossesse protège aussi bien la mère que l'enfant mais très peu (6%) savent que leur enfant devrait être vacciné contre la rougeole à 9 mois.*

RESULTATS

I - CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME

1-1 - Age des mères et des enfants

L'âge moyen des mères est de 27 ans et la moitié d'entre elles ont moins de 26 ans alors que pour 100 enfants, 50 ont au plus 10 mois.

La répartition des mères par grand groupe d'âges fait ressortir que la proportion des femmes à maternité à risque est faiblement représentée dans la population étudiée². La majorité (82,9%) des femmes enquêtées ont un âge qui oscille entre 18 et 35 ans alors que seulement 5,9% et 11,2% d'entre elles ont respectivement moins de 18 ans et plus de 35 ans.

Avec un âge moyen de 10 mois, 21,1% des enfants ont au plus 3 mois révolus au jour de l'enquête. 6,5% de ces enfants ont moins d'un mois et les enfants âgés de 12 à 23 mois représentent 44% de l'échantillon.

Des 341 enfants dont les mères ont été interviewées, 53,4% sont du sexe masculin contre 46,6% du sexe féminin.

Tableau n° 1. Répartition des enfants selon les groupes d'âges

	Groupe d'âge des enfants	
	Effectif	%
Entre 0 et 3 mois	72	21.1%
Entre 4 et 5 mois	35	10.3%
Entre 6 et 9 mois	51	15.0%
Entre 10 et 11 mois	33	9.7%
Entre 12 et 23 mois	150	44.0%
Total	341	100.0%

1 – 2 - Niveau d'instruction et occupations des mères.

La zone d'étude est caractérisée par la prépondérance des femmes sans instruction formelle. 81,2%, des mères interviewées n'ont aucun niveau d'instruction et 85,3% d'entre elles exercent une activité génératrice de revenus.

² Ce résultat ne saurait pas être interprété comme une absence de grossesse précoce ou tardive au sein des localités concernées par l'étude dans la mesure où l'enquête ne s'est pas intéressée au nombre de grossesses conçues par l'enquêtée.

L'observation des données collectées montre que seulement 2,1% des mères enquêtées ont affirmé pouvant lire le français alors que 15,0% d'entre elles ont déclaré avoir le niveau du primaire, mais ne peuvent pas lire le français. Il faut noter que 1,8% des mères interviewées sont alphabétisées.

L'exploitation des données par activités économiques fait ressortir que 85,3% des femmes de la zone de l'étude exercent au moins une activité génératrice de revenu dont 94,7% hors de leur domicile à un moment ou autre de la journée. Parmi les activités génératrices de revenus, les plus pratiquées par les femmes dans les localités de l'étude sont par ordre d'importance : vente des produits agricoles (43,4%), vente de nourriture (34%) et ouvrière agricole (25,8%). Aucune des femmes enquêtées n'est ni domestique ni salariée.

Tableau n° 2 : Répartition des mères selon leurs activités économiques

Activités économiques			Total
	Effectif	%	Effectif
Travail manuel	4	1.2%	341
Ouvrier agricole	88	25.8%	341
Vente de produits agricoles	148	43.4%	341
Vente de nourriture	116	34.0%	341
Domestique/Bonne	0	.0%	341
Vendeur ambulant	4	1.2%	341
Salarié	0	.0%	341
Autres	59	17.3%	341
Aucune	50	14.7%	341

1.3. Absence des mères de la maison

Généralement, les femmes ayant une activité en dehors de leur foyer partent en début de la matinée et rentrent soit dans l'après-midi soit en début de la soirée. Des 323 femmes ayant déclaré travailler hors de la maison, 70,3% partent de la maison en début de la matinée et 23,2% en fin de la matinée, seulement 1,9% quittent la maison dans l'après-midi. Le retour à la maison a lieu pour la majorité (85,8%) entre midi et début de la soirée.

L'absence d'une mère pourrait avoir une répercussion certaine sur l'entretien de l'enfant. A la question de savoir celui qui s'occupe de l'enfant en l'absence de la mère, moins de la moitié (45,5%) des femmes ont affirmé se déplacer avec leur enfant, 36,7% ont déclaré laisser leur enfant aux enfants les plus âgés et 31,7% confient les enfants aux parents ou à leurs co-épouses. Seulement 3,5% ont dit qu'elles laissent leur plus jeune enfant à leur conjoint

II – ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION

2 – 1 – Pratiques des mères

2 – 1 – 1 – Allaitement maternel

Près de 97,1% des femmes interrogées allaitent leur enfant au moment de l'enquête et 11,1% d'entre elles ont affirmé avoir initié l'allaitement maternel dans la première heure qui a suivi l'accouchement.

L'allaitement est une pratique recommandée par les différentes institutions qui s'occupent du bien-être de l'enfant et de la mère. De l'observation des données collectées, il apparaît que nourrir son enfant au sein est une pratique courante dans la zone couverte par l'enquête. En effet, 97,1% des mères interrogées ont rapporté qu'elles allaitent encore leur enfant, le reste ayant dit qu'elles ont allaité l'enfant dans le passé.

2.1.2. Initiation de l'allaitement

La bonne pratique selon le message du Ministère en charge de la Santé Publique consiste à initier l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement ou au plus tard 8 heures après. La proportion des femmes ayant dit avoir donné du sein à l'enfant dans l'heure qui suit l'accouchement est de 11,1% et celles ayant adopté cette attitude entre la première et la huitième heure représentent 26,7% des 341 femmes interviewées.

Tableau n°3. Répartition des mères selon la période de l'initiation à l'allaitement maternel.

Période de l'initiation	Initiation à l'allaitement maternel	
	Effectif	%
Dans la première heure	38	11.1%
Entre 1ère et 8ème heure	91	26.7%
Plus de 8 heures après la naissance	205	60.1%
Ne sait pas	7	2.1%
Total	341	100.0%

2.1.3. Allaitement maternel exclusif

L'observance de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de 4 mois est demandée aux mères. De l'examen des données recueillies, on note que des 72 mères ayant des enfants de moins de 4 mois, 22,2% observent cette prescription au moment de l'étude.

La majorité des mères qui n'observe pas cette pratique donne autres liquides et/ou de la nourriture à leur enfant. Le plus souvent, elles ajoutent de l'eau ou de la tisane (75,0%), de la bouillie (30,6%) ou du lait artificiel (9,7%) à l'alimentation de l'enfant.

2.1.4. Introduction de l'aliment de complément

L'introduction de l'aliment complémentaire concerne les enfants dont l'âge est compris entre 6 et 9 mois révolus. On note dans cette tranche d'âge que 94,1% des mères introduisent des aliments solides ou sémi-solides à l'alimentation de leur enfant.

Tableau n°4. Types d'aliments donnés aux enfants

Aliments			Total
	Effectif	%	Effectif
Eau ou tisanes	317	93.0%	341
Lait artificiel	62	18.2%	341
Bouillie ou pâte	268	78.6%	341
Fruits	196	57.5%	341
Aliments riches en vitamines A	196	57.5%	341
Légumes verts	176	51.6%	341
Ajout de légumes verts	173	50.7%	341
Viande ou poisson	161	47.2%	341
Soja, haricots, arachides et sésames	194	56.9%	341
Oeufs	118	34.6%	341
Ajout du miel ou du sucre	158	46.3%	341
Ajout de l'huile	157	46.0%	341
Sauce contenant de l'huile	160	46.9%	341

2 – 2 – Les connaissances des mères

2 – 2 – 1 – Stimulation de la production laiteuse

Seulement 3,5% des mères interviewées savent que «faire téter fréquemment son enfant» stimule la production du lait maternel.

A la question de savoir ce qu'une mère peut faire pour avoir suffisamment du lait pour nourrir son enfant pendant les quatre premiers mois en dehors de bien manger, 65,4% ont dit ne pas le savoir. Pour certaines femmes (24,6%), la bouillie, ou le lait frais des vaches, les racines ou les feuilles de certains arbres sont de véritables toniques. Cependant pour 6,7% des mères, soigner les seins et les mamelons stimulerait la production du lait alors que seulement 3,5% ont répondu que la meilleure façon de stimuler la production laiteuse est de faire téter fréquemment l'enfant. Seulement 0,3% ont répondu "allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois de la vie de l'enfant", aucune mère n'ayant répondu "éviter le biberon" ou "allaier aussitôt que possible".

2.2.2 Alimentation du jeune enfant

La mesure de la connaissance des mères sur l'âge d'introduction de l'aliment de complément montre que 58,9% des personnes concernées situent la période entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois, 26,4% pensent qu'il faut commencer à donner de la bouillie ou autre nourriture à l'enfant avant le 4^{ème} mois et 10,3% ont su qu'il faut introduire du solide ou du semi-solide dans l'alimentation de l'enfant après le 6^{ème} mois.

Tableau n°5: Répartition des mères selon la connaissance sur l'âge d'introduction d'aliment de complément.

Age	Introduction du solide et de semi-solide	
	Effectif	%
Entre 4 et 6 mois	201	58.9%
Avant le quatrième mois	90	26.4%
Après six mois	35	10.3%
Ne sait pas	15	4.4%
Total	341	100.0%

En ce qui concerne la composition des aliments de sevrage, 64,2% des mères interviewées pensent qu'en période de sevrage, l'alimentation de l'enfant doit comporter des aliments riches en fer (soja, petits poissons, feuilles vertes ...). Pour 55,7% d'entre elles, il faut surtout donner à l'enfant des aliments riches en vitamine A, 7,0% des mères ont déclaré ajouter de l'huile, seulement 2,6% parmi elles ont avoué ne pas savoir. On déduirait que la majorité des mères ont une bonne connaissance des groupes d'aliments qu'il faut commencer par donner de la nourriture à l'enfant. Cependant 37,2% des mères ont cité d'autres repas tels que : des fruits, de la bouillie, des aliments de haute valeur calorifique.

III – CROISSANCE PONDERALE

3.1. Existence de fiche de pesée et de suivi de croissance

Des 341 femmes interviewées, 56,3% parmi elles n'ont jamais eu une fiche de pesée et de suivi de croissance de leur enfant, seulement 20,2% d'entre elles ont pu présenter cette fiche alors que 23,5% ont estimé l'avoir perdue. Des 69 fiches présentées, on dénombre 15,9% de fiches individuelles du PAN et 82,6% de carnet de santé

3.2. Suivi de croissance

Parmi les mères ayant présenté la fiche de suivi de croissance de leur enfant, seulement 15,9% sont allées peser leurs enfants durant les deux derniers mois précédant l'enquête.

IV – MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES

4.1. Pratique

4.1.1. Maladies diarrhéiques

4.1.1.1. Prévalence et alimentation lors de la diarrhée

La prévalence de la diarrhée dans la zone d'enquête est de 44,3% au moment de l'enquête. Pour 100 mères dont les enfants souffrent ou ayant souffert de la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédents la période de l'enquête, 73 ont soit donné comme

d'habitude, soit plus que d'habitude du lait maternel à leur enfant et 66 ont adopté une bonne pratique quant à l'administration d'autres liquides aux enfants malades.

Des 151 enfants ayant souffert de la diarrhée durant les 15 jours précédant l'enquête 2,6% ne t'étaient plus. La pratique des mères lors des épisodes diarrhéiques de leur enfant permet de dégager que 53,7% d'entre elles continuent de donner autant de lait maternel comme auparavant et 21,1% des mères donnent plus du lait maternel que d'habitude lors de la maladie de l'enfant. Cependant, la proportion des femmes (23,8%) qui administrent moins du lait maternel à l'enfant lors de la diarrhée n'est pas négligeable.

Tableau n°6 : Pratiques de l'alimentation lors de la diarrhée des enfants

Pratique de l'alimentation lors de diarrhée	Sein		Liquides		Solides ou semi-solides	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Plus que d'habitude	31	20.5%	41	27.2%	28	18.5%
Comme d'habitude	79	52.3%	58	38.4%	53	35.1%
Moins que d'habitude	35	23.2%	26	17.2%	44	29.1%
Arrêté complètement	2	1.3%	3	2.0%	6	4.0%
L'enfant ne t'était plus	4	2.6%	23	15.2%	20	13.2%
Total	151	100.0%	151	100.0%	151	100.0%

Le message sur l'alimentation en liquide autres que le lait maternel lors des épisodes diarrhéiques au Bénin est de donner *comme normalement ou plus que normalement à l'enfant malade*. Interrogées sur cette pratique, 27,2%³ des femmes dont les enfants souffrent ou ayant souffert de la diarrhée donnent plus de liquide qu'à l'accoutumée alors que 38,2% continuent de donner au malade comme normalement, 18,2% en donnent moins contre 2,0% qui ont complètement arrêté. Il faut reconnaître que 11,4% d'entre elles nourrissent uniquement leur enfant au lait maternel lors des épisodes de diarrhée.

Quant à l'alimentation des enfants lors des épisodes de diarrhée en solides ou semi-solides, les informations collectées dégagent une tendance plus prononcée des mères à en donner comme normalement à l'enfant malade. Ainsi, 35,1% des mères offrent à manger aux enfants comme normalement contre 18,5% qui en donnent plus que normalement.

En dehors des enfants qui sont uniquement allaités au sein, on note que 19,0% des enfants sont nourris plus que d'habitude, 35,4% comme d'habitude alors que 11,6% des mères donnent uniquement du lait maternel aux enfants souffrant de la diarrhée.

En somme, 53,6% des mères adoptent la bonne pratique dans les localités de l'étude.

³ Ces taux ne tiennent pas compte des 16 enfants qui sont exclusivement nourris aux seins et dont 4 ont souffert de la diarrhée les 15 jours précédents l'enquête, les taux passeront respectivement à 27,9%, 38,8% et 17,7%.

4.1.1.2. Prise en charge à domicile des maladies diarrhéiques

Environ 40,0% des mères dont les enfants ont souffert ou souffrent de diarrhée ont recours à l'utilisation des antibiotiques ou anti-diarrhéiques comme moyen de traitement.

Des 151 enfants qui souffrent ou ayant souffert de la diarrhée au cours des 15 jours précédant l'enquête, 21,9% ont été traités avec le sachet de Sel de Réhydratation Orale (SRO) alors que seulement 9,3% ont reçu une solution salée-sucrée. 24,5% des mères ont donné ou donnent à leurs enfants souffrant de la diarrhée, des infusions. Notons que 21,9% soignent autrement l'enfant alors que 39,1% ne font rien.

La majorité (59,6%) des mères ont cherché des conseils lors de la diarrhée de leur enfant. Mais 55,6% de ces mères ont recours aux conseils de leurs parents. Seulement 4,4% ont déclaré avoir demandé conseils auprès d'un hôpital, 35,6% se sont adressés à un centre de santé et 12,2% ont dit avoir demandé de conseil auprès d'un guérisseur traditionnel.

Tableau n°7 : Recours aux conseils lors de la diarrhée des enfants

Source de conseil			Total
	Effectif	%	Effectif
Hôpital	4	4.4%	90
Centre de santé	32	35.6%	90
Clinique privée	0	.0%	90
Pharmacie	0	.0%	90
Agent villageois de santé	4	4.4%	90
Guérisseur traditionnel	11	12.2%	90
Accoucheuse traditionnelle	1	1.1%	90
Parents	50	55.6%	90
Autres	3	3.3%	90

4.1.3. Maladies respiratoires

Les données collectées révèlent que 43,7% des enfants dont les mères ont été interviewées souffraient ou ont souffert soit de la toux ou ont eu des difficultés à respirer ou un nez coulant pendant les 15 derniers jours.

De ces 149 enfants ayant de la toux, 55,0% ont eu une complication respiratoire se manifestant par une respiration rapide et difficile. La pratique de l'alimentation lors des maladies respiratoires des enfants montre que 18,3% des mères donnent de sein à l'enfant malade plus que d'habitude alors que 35,4% d'entre elles donnent comme d'habitude contre 39,0% qui donnent moins que normalement ; 7,3% de ces enfants ne tétent plus.

4.2. Connaissance des mères

4.2.1. Signes, symptômes et prises en charges de la diarrhée et des maladies respiratoires

La répartition des femmes enquêtées suivant leur connaissance sur les signes ou symptômes qui pourraient les obliger à demander conseils ou traitement pour la diarrhée de leur enfant montre que très peu d'entre elles (9,7%) ignorent l'un ou l'autre de symptômes (confère tableau ci-dessus).

Tableau n° 8. Signes ou symptômes obligeant une mère à demander conseils

Signes ou symptômes		
	Effectif	%
Ne sait pas	33	9.7%
Vomissement	52	15.2%
Fièvre	162	47.5%
Bouche sèche, yeux escavés, diminution de l'urine	32	9.4%
Diarrhée aigüe	170	49.9%
Diarrhée chronique	20	5.9%
Sang dans les selles	9	2.6%
Manque d'appétit	67	19.6%
Faiblesse	160	46.9%
Autres signes	23	6.7%

La connaissance des mères sur les signes et les symptômes pouvant les pousser à demander conseils ou traitement pour la diarrhée est positivement corrélée à leur pratique lors des épisodes diarrhéiques. En effet, plus on assiste à l'amélioration des connaissances sur la maladie, plus la tendance à la bonne pratique augmente.

Ainsi, 64,8% des mères pensent qu'il faut emmener l'enfant à l'hôpital lorsqu'il souffre de la diarrhée ; 20,5% d'entre elles préconisent préparer et administrer correctement la SRO alors que 10,9% ne savent pas les plus importantes actions à faire si l'enfant est malade.

Tableau n° 9. Prise en charge de la diarrhée à domicile.

Actions à entreprendre			Total
	Effectif	%	Effectif
Ne connaît pas	37	10.9%	341
Donner de liquides aussitôt que possible	48	14.1%	341
Donner plus à boire que d'habitude	14	4.1%	341
Donner de la nourriture en quantités petites et plus souvent	24	7.0%	341
Préparer et administrer correctement la SRO	70	20.5%	341
Emmener à l'hôpital	221	64.8%	341
Donner plus à manger après la diarrhée	18	5.3%	341
Arrêter de donner des liquides	2	.6%	341
Arrêter de donner de la nourriture			341
Autres	108	31.7%	341

Pour 53,1% des mères enquêtées, il faut donner à l'enfant qui se remet de la diarrhée des aliments de haute valeur calorifique pendant que 24,9% pensent qu'il faut lui donner de la nourriture en quantité plus petite et plus souvent.

Tableau n°10. Répartition des mères selon leur connaissance sur l'alimentation de l'enfant après un épisode de diarrhée.

Alimentation de l'enfant après un épisode de diarrhée			Total
	Effectif	%	Effectif
Ne sait pas	62	18.2%	341
Donner de la nourriture en quantités plus petites et plus souvent	85	24.9%	341
Donner de la nourriture plus que d'habitude	69	20.2%	341
Donner de la nourriture riche en calorie	181	53.1%	341
Autres	116	34.0%	341

4.2.2. Maladies respiratoires

La moitié des femmes rencontrées (50,1%) suggèrent qu'il faut emmener un enfant souffrant d'une maladie respiratoire à l'hôpital alors que 24,0% parmi elles ont dit ne pas savoir les actions à faire lorsqu'un enfant à la toux ; 0,6% préconisant de lui priver la nourriture.

V – SOINS MATERNELS

5.1. Pratique des soins maternels

5.1.1. Existence de carte ou de carnet de santé maternelle et consultations prénatales

En ce qui concerne les cartes ou carnets de santé maternelle, les données ont montré que 63,3% des mères en disposent. En outre, on note que 83,2% de celles qui possèdent le carnet de santé maternelle ont eu à faire avant l'accouchement de l'enfant, au moins une consultation prénatale. Dans 97,7% des cas, ces carnets ont un espace pour l'enregistrement des visites prénatales.

5.1.2. Accouchement assisté

Cette variable a été mesurée à partir des réponses des mères sur la personne qui a coupé le cordon ombilical de l'enfant lors de son accouchement. Ainsi, il ressort que 33,4% des femmes ont été assistées par un agent de santé (médecin, infirmier ou sage-femme). 41,3% ont affirmé avoir été assistées par un membre de leur famille alors que pour 21,7%, elles ont eu l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle.

5 – 2 – *Connaissance des mères*

Près de 6 femmes sur 10 savent que la première consultation prénatale doit avoir lieu pendant le premier trimestre et 65% d'entre elles pensent que la consommation des protéines riches en fer est recommandée pendant la grossesse.

La répartition des mères interrogées suivant leur connaissance sur les soins maternels dégage :

- i) 56,5% savent qu'elles doivent effectuer leur première consultation prénatale entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois.

Tableau n° 11. Période pour la première consultation prénatale

	Période de la première consultation prénatale	
	Effectif	%
<i>Pendant le premier trimestre</i>	192	56.3%
Au milieu de la grossesse	99	29.0%
Dernier trimestre	11	3.2%
Aucun besoin	2	.6%
Ne sait pas	37	10.9%
Total	341	100.0%

- ii) 61,6% d'entre elles ont déclaré que pour éviter l'anémie en étant en grossesse, il faut consommer les protéines riches en fer
- iii) Par ailleurs 60,4% reconnaissent que la consommation des légumes verts riches en fer protège la femme contre l'anémie lorsqu'elle est en grossesse.

Tableau n° 12. Répartition des mères selon leur connaissance sur les aliments à consommer pendant la grossesse pour éviter l'anémie

Aliments à consommer pendant la grossesse			Total
	Effectif	%	Effectif
Ne connaît pas	73	21.4%	341
La protéines riches en fer	210	61.6%	341
Les légumes verts riches en fer	206	60.4%	341
Autres aliments	98	28.7%	341

VI – COUVERTURE VACCINALE DANS LA ZONE

Parmi les informations collectées au cours de l'enquête, celles concernant la pratique et la couverture vaccinale ont occupé une place importante dans la recherche. Le rôle de la vaccination dans la vie de la mère et de l'enfant est très déterminant car elle influence autant la croissance et l'état de santé de l'enfant que de sa survie.

6 – 1 – La pratique vaccinale dans la zone de l'étude.

38,7% des enfants⁴ dont les mères ont été enquêtées ont été complètement vaccinés⁵ et 75,5% des mères ont reçu au moins 2 doses de vaccination antitétanique (VAT)

Les données montrent que 61,3% des enfants de la zone d'enquête ont reçu leur dose de DTCP I alors que 49,3% d'entre eux ont reçu la dose de DTCP I, II & III soit un taux d'abandon de 12 points. Spécifiquement, 56,7% des enfants ont reçu les DTCP I & II.

Tableau n° 13. Situation vaccinale DTCP I, DTCP II et DTCP III des enfants de 12 à 23 mois révolus

Vaccin	Effectif	%
DTCP I	92	61,3
DTCP I & II	85	56,7
DTCP I, II & III	74	49,3
Abandon entre DTCP I et DTCP III	18	12

En ce qui concerne la situation au niveau du BCG et de Rouvax, on observe que le taux est de 63,3% et de 46,0% respectivement dans la période. Le taux d'abandon entre le BCG et le Rouvax est de 17,3 points.

Tableau n°14. Situation vaccinale BCG et Rouvax (enfant de plus de 11 mois)

	Effectif	%
BCG	95	63,3
ROUVAX	69	46,0
Abandon entre BCG & ROUVAX	26	17,3

⁴ Il s'agit des enfants de 12 à 23 mois révolus

⁵ Il s'agit des enfants ayant reçu leur dose de BCG, des DTCP I, II & III et du Rouvax

Tableau n°15. Enfants de 12-23 mois complètement vaccinés (enfants ayant reçu tous les vaccins du PEV)

	Effectif	%
Enfants (12-23 mois)	58	38,7
	150	-

Dans la tranche d'âge de 12-23 mois, il est constaté que 38,7% d'enfants sont complètement vaccinés.

Par ailleurs, 75,5% des femmes interviewées ont reçu au moins 2 doses de VAT. La proportion de femmes n'ayant reçu aucune dose étant de 8,8%.

Tableau n°16. Nombre de vaccins anti-tétaniques pris par les mères lors de la grossesse.

	Nombre de vaccinations contre le tétanos	
	Effectif	%
Une	34	15.7%
Deux ou plus	163	75.5%
Aucune	19	8.8%
Total	216	100.0%

6 – 2 – Connaissance des mères sur la vaccination

Pour 100 mères dont l'âge des enfants oscille entre 0 et 23 mois révolus, 38 savent que le nombre de vaccination contre le tétanos requis pour une femme enceinte doit être supérieur à un et 35 reconnaissent que la vaccination contre le tétanos lors de la grossesse protège aussi bien la mère que le nouveau-né.

L'examen des données selon la connaissance des mères montre que seulement 6,5% savent que normalement un enfant doit être vacciné contre la rougeole à 9 mois.

Tableau n° 17. Répartition des mères selon leur connaissance sur l'âge auquel un enfant devrait être vacciné contre la rougeole.

	Age auquel un enfant devrait être immunisé contre la rougeole	
	Effectif	%
Ne sait pas	319	93.5%
9 mois	22	6.5%
Total	341	100.0%

35,2% des mères reconnaissent que la vaccination contre le tétanos protège à la fois la mère et l'enfant ; 56,3% ayant affirmé ne rien savoir.

Tableau n° 18. Connaissance des mères sur le rôle du VAT.

	Rôle du VAT	
	Effectif	%
Protéger la femme et le nouveau-né	120	35.2%
Protéger seulement la femme	22	6.5%
Protéger seulement le nouveau-né	7	2.1%
Ne sait pas	192	56.3%
Total	341	100.0%

Pour ce qui est du nombre de vaccinations requis pour une femme enceinte, 37,6% en ont une bonne connaissance.

Tableau n° 19. Connaissance des mères sur le nombre de doses de VAT requis pour une femme en grossesse

	Nombre de vaccination requis pour une femme enceinte	
	Effectif	%
Une	18	5.3%
Deux	49	14.4%
Plus que deux	79	23.2%
Ne sait pas	195	57.2%
Total	341	100.0%

DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Age des mères et maternité à risque.

Des 341 mères enquêtées, 11,2% sont âgées de plus de 34 ans et 5,9% ont moins de 18 ans. Il est à noter que 17,1% des mères courent des risques lors de l'accouchement. Cette situation est assurément aggravée par la forte proportion de femmes qui font des accouchements à domicile. On est tenté d'expliquer cette situation par le faible niveau d'instruction, le mariage précoce, la polygamie et les grossesses multiples encouragées par une société encline à la pratique traditionnelle.

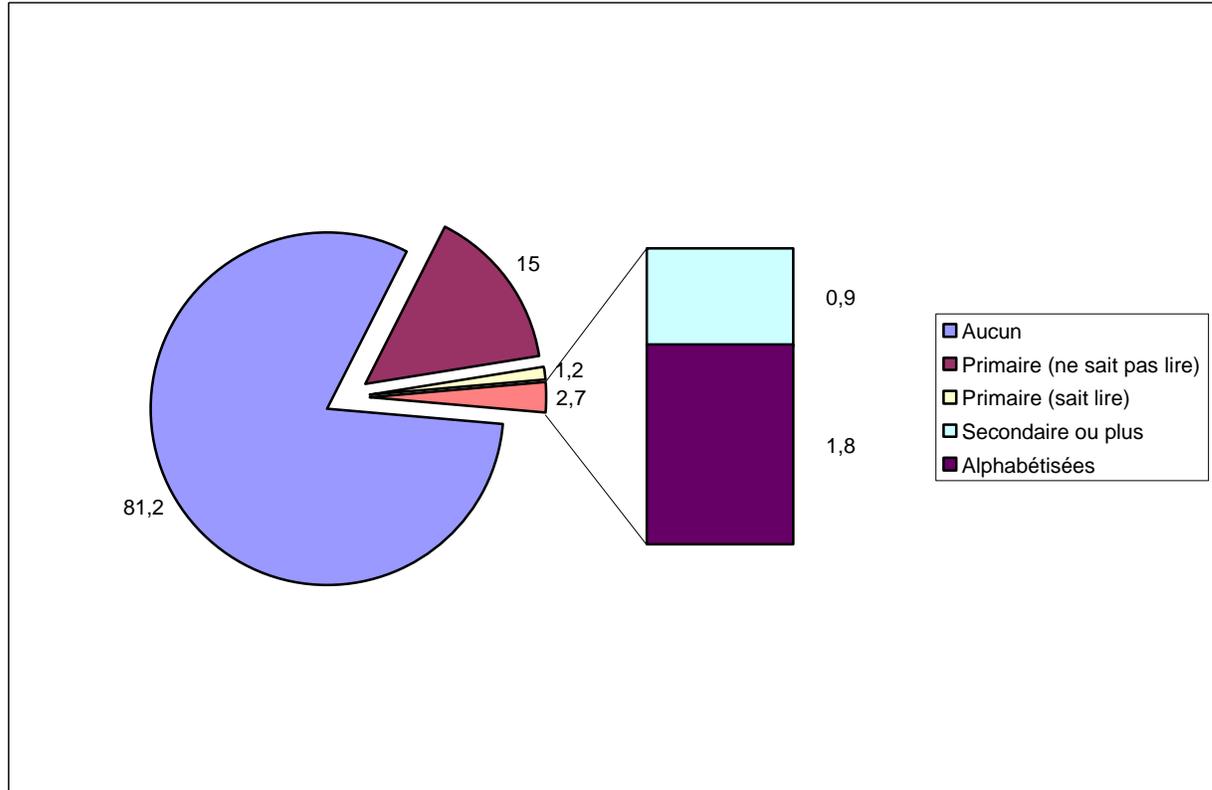
Niveau d'instruction.

La présente étude a confirmé le faible niveau d'instruction des femmes en milieu rural. Seulement 2,1% des femmes rencontrées ont affirmé pouvoir lire le français et 1,8% ont reconnu être capables de lire dans une autre langue locale. Cette situation observée dans l'Atacora et la Donga est plus prononcée en comparaison aux données obtenues dans le Borgou et l'Alibori⁶ et aux résultats de l'EDS dans les mêmes départements. En effet, lors de l'EDS, on a noté que 81,2% des femmes n'avaient aucun niveau d'instruction⁷. Mais on pourrait justifier ces différences par l'approche méthodologique entre l'EDS et le KPC qui s'intéresse exclusivement au milieu rural contrairement à l'EDS. On expliquerait la différence entre le Borgou-Alibori et l'Atacora-Donga par des raisons d'ordre culturel.

⁶ CRS-Bénin, KPC Borgou-Alibori, 1999 p.31. D'après cette étude, le taux de femmes sans instruction est de 86,4%.

⁷ MPREPE, INSAE, BCR, DHS, 1996 p.23

Graphique n°1 : Le niveau d'instruction au sein des mères d'enfants.



Recommandation n° 1

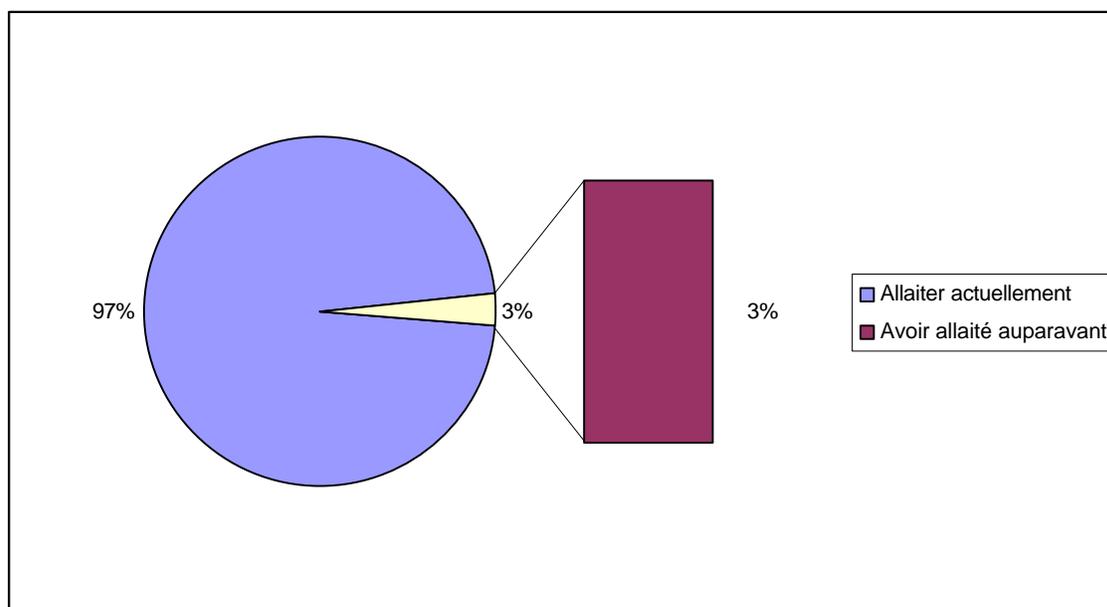
Lors des séances d'IEC, l'accent doit être mis sur :

- les âges à risque pour les maternités
- l'importance des consultations prénatales
- les dangers de l'accouchement à domicile
- l'importance de la scolarisation des filles

Allaitement Maternel et Nutrition

97,1% des mères allaitent encore leurs enfants au moment de l'enquête. Ceci dénote que le lait maternel constitue l'aliment essentiel de l'enfant. On peut expliquer cette pratique par le fait que ces milieux sont sans influence extérieure (modernité) ou que des campagnes de sensibilisation antérieures ont porté leurs fruits.

Graphique n° 2 : Pratique de l'allaitement maternel



Toutefois, on constate que moins de deux mères sur cinq (37,8%) initient l'allaitement maternel entre la première et la huitième heure suivant l'accouchement.

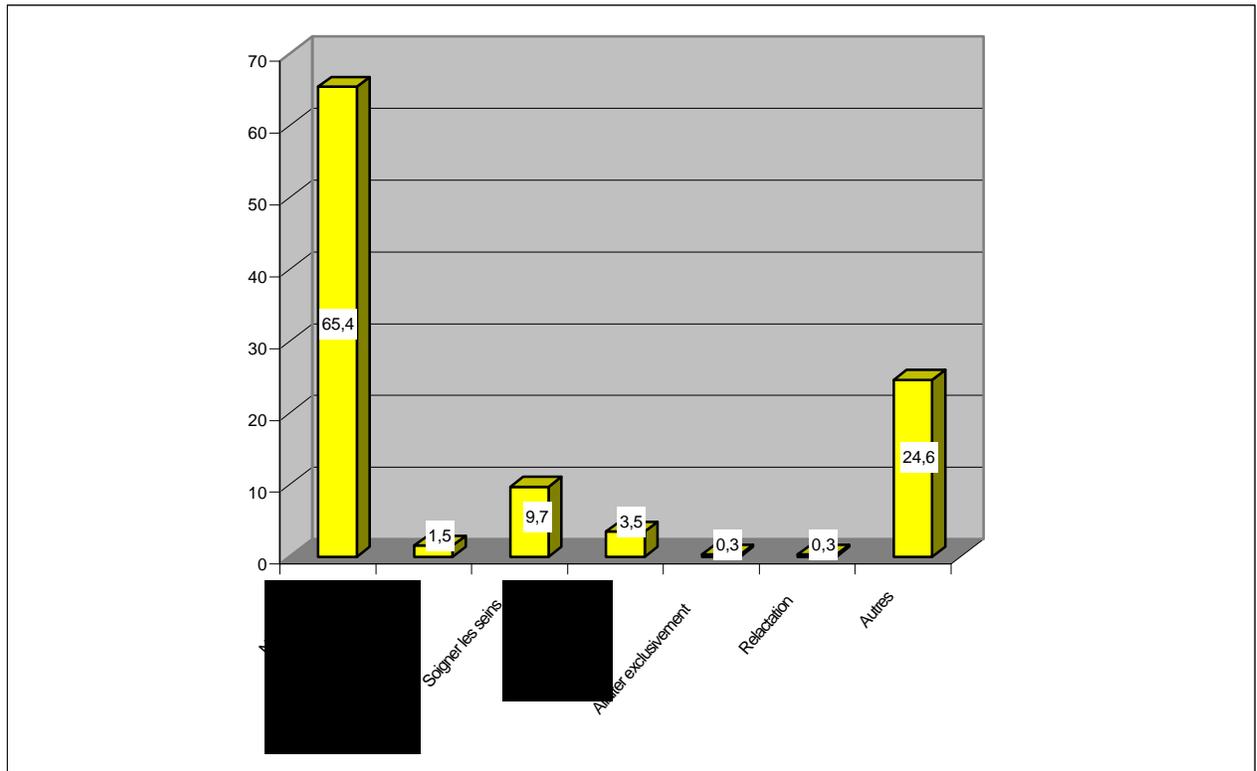
Egalement l'allaitement maternel exclusif n'est pratiqué que par 22,2% des mères.

L'analyse de la pratique au sein des trois (03) groupes de femmes (femmes ayant été assistées par un agent de santé lors de l'accouchement, femmes ayant été assistées par une accoucheuse traditionnelle et femmes n'ayant pas été assistées) ne dégage de différence significative.

Les aliments solides de complément introduits dans l'alimentation par les femmes est la pâte ou la bouillie. Cela montre que l'alimentation de l'enfant n'est pas diversifiée pour prendre en compte les fruits, vitamines, légumes verts, viande ou poisson, soja, haricot, arachides et œufs.

La majorité des mères ne maîtrise pas la pratique pouvant permettre la stimulation de la production laiteuse. En effet, une proportion très faible des mères savent que faire téter fréquemment stimulerait la production laiteuse. Le fait que l'enfant n'est pas mis au sein dès les premières heures de sa naissance vient corroborer le comportement des mères par rapport à la stimulation de la production laiteuse. Peut-être que les mères n'ont pas reçu des informations sur la stimulation de la production laiteuse.

Graphique n°3 : Stimulation laiteuse (en %)



Recommandations n°2

- Mettre plus l'accent sur la pratique de l'allaitement maternel notamment l'initiation, la technique, l'allaitement maternel exclusif au cours des séances d'IEC.
- Former et recycler des matrones et des femmes accoucheuses traditionnelles.
- Assurer la diffusion de messages éducatifs sur l'allaitement maternel à travers les radios locales.
- Susciter la formation des groupes de soutien à l'allaitement maternel au niveau des communautés.
- Créer un cadre de concertation entre le responsable santé et celui du CPS/CEN du PBC pour harmoniser les messages relatifs à l'allaitement maternel.
- Mettre l'accent au cours des séances éducatives sur la nécessité de donner les trois groupes d'aliments aux enfants, se baser surtout sur les aliments locaux.
- Insister au cours de l'IEC sur la nécessité de donner fréquemment le sein à l'enfant pour stimuler la montée laiteuse.

- Réaliser une étude du milieu afin d'identifier les déterminants qui bloquent la mise en pratique des connaissances des mères en matières de l'alimentation du jeune enfant.
- Exploiter ses données pour définir des actions de changement de comportements

La faible utilisation des services de santé et le fort taux d'accouchement à domicile pourraient s'expliquer par :

- les pratiques traditionnelles acquises qui ont perduré (recours aux accoucheuses traditionnelles ou à un membre de la famille, prise d'infusions etc.) ;
- l'éloignement des services de santé.

Recommandations n°3

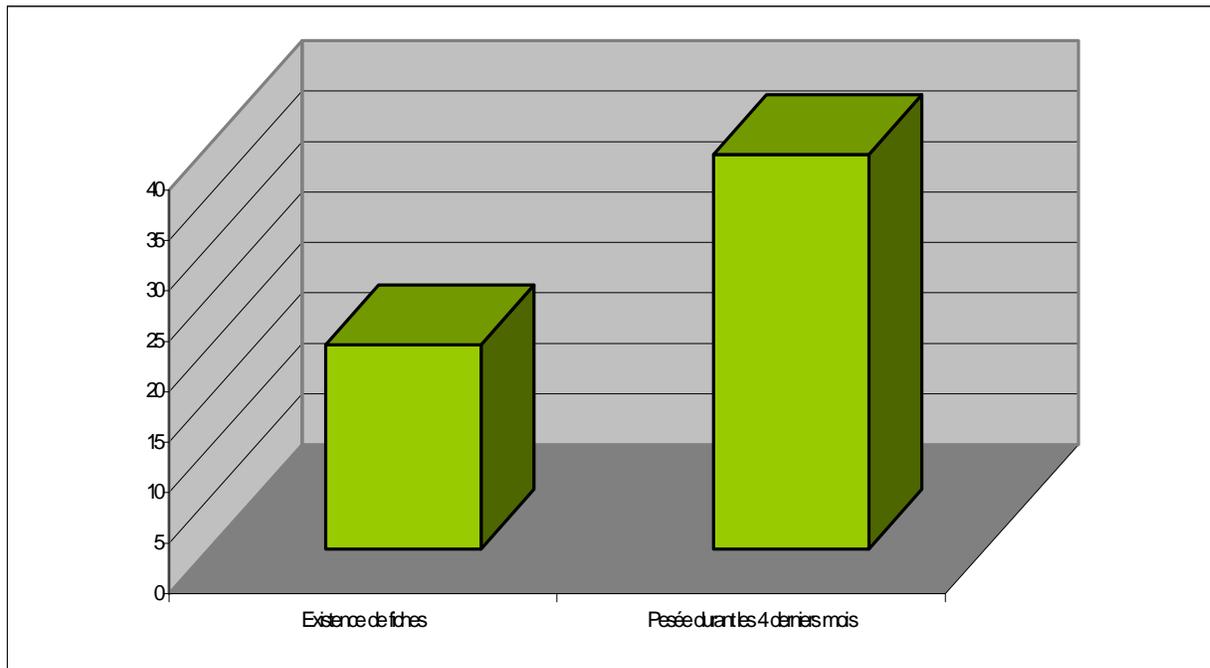
- Former les ACs/PBC sur l'importance des soins maternels.
- Renforcer lors des séances éducatives les messages sur la consultation prénatale, l'alimentation de la femme enceinte et encourager l'utilisation des services de santé.
- Constituer des groupes de femmes-leaders pour relayer des messages reçus au sein des ménages.
- Soutenir la création d'unités villageoises de santé.

CROISSANCE PONDERALE

80% des femmes ne disposent pas de fiche de suivi de croissance de leurs enfants. Environ 16% des femmes ont pesé leurs enfants au moins une fois durant les deux derniers mois qui ont précédé l'enquête et 39% l'ont fait durant les quatre derniers mois précédent l'enquête. Par comparaison aux données du Borgou, on note une légère ressemblance qui s'expliquerait :

- d'une part, par la durée de suspension du programme PAN traditionnel dans le Borgou ;
- d'autre part, par la disponibilité de Centre MCH et autres pouvant offrir des services de suivi de croissance

Graphique n°4 : Pratique des pesées.



Recommandations n°4

- Encourager les femmes à participer massivement au PBC (pesées, séances de suivi pondéral...);
- Impliquer les Responsables des Cabinets de soins privés dans les séances de formation;
- Doter les centres de matériels (balance)

MALADIES DIARRHEIQUES

- Les résultats de l'EDS (1996) pour l'Atacora donnent une prévalence de la diarrhée de 32,4%. Dans la zone d'enquête, la prévalence est de 44,3% au moment de l'enquête. On observe ainsi une prévalence relativement élevée par rapport au résultat de l'EDS. On pourrait expliquer la différence observée par les approches méthodologiques utilisées dans les deux études :

La zone ciblée est essentiellement rurale où l'hygiène et l'accès à l'eau potable constituent un problème, contrairement au champ de l'EDS qui prend en compte le milieu urbain et rural

La tranche d'âge concernée (0 à 23 mois), qui est plus vulnérable aux infections à contrario de l'EDS qui a inclu les enfants de 24 à 36 mois.

- Environ 10% des mères n'ont pas connaissance des signes et symptômes de complication de la diarrhée ; 66% du reste administrent de liquides comme d'habitude ou plus que d'habitude à leurs enfants lors de la diarrhée de ces derniers.

- 54% des mères donnent à leurs enfants de la nourriture ou des aliments solides, semi-solides comme d'habitude ou plus que d'habitude.

- 58% des mères ont administré au cours des épisodes diarrhéiques de leurs enfants soit le sachet SRO, soit la solution salée-sucrée, la TRO à base de céréales ou les infusions.

On note que l'utilisation des infusions est une pratique très courante.

De plus, une forte proportion de mères (39%) s'adonne à l'auto-médication.

- 26% des mères se réfèrent à un centre de santé pour le traitement de leurs enfants. Ce taux comparé à celui du Borgou⁸ (67,5%) paraît très faible.

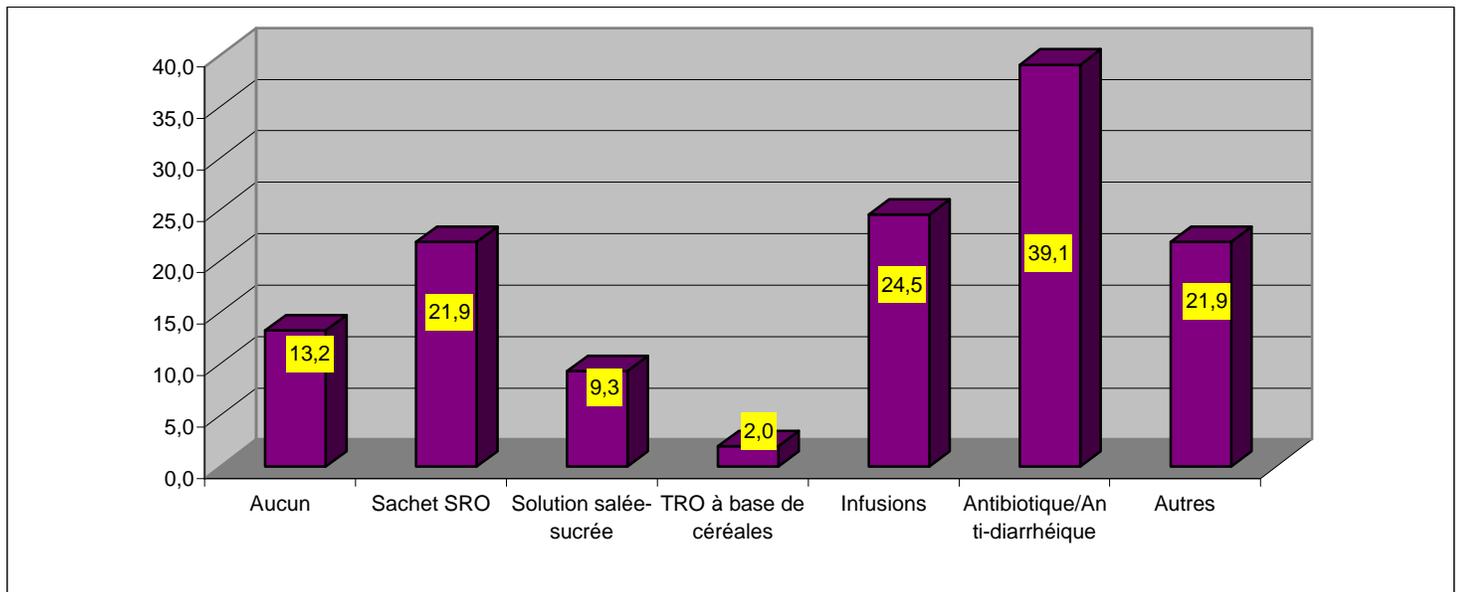
Par rapport à l'administration de la SRO, la connaissance des mères se rapproche à leur pratique (20,5% et 21,9%). Pendant que 65% des mères reconnaissent comme action importante le recours à un centre de santé, très peu (26%) le font réellement.

En somme

- La zone ciblée est caractérisée par :
- L'influence de la tradition sur l'allaitement exclusif ;
 - La méconnaissance des règles élémentaires d'hygiène ;
 - Le manque d'eau potable ;
 - L'accessibilité au service de santé existant.

⁸ *Rapport KPC BORGOU, 1999*

Graphique n° 5 : Utilisation de la TRO



Recommandations n°5

- Développer l'IEC sur l'hygiène, l'allaitement maternel exclusif et les habitudes alimentaires.
- Identifier les actions des AC dans le suivi des mères à domicile.
- Former/recycler les AC dans les domaines de la prise en charge de la diarrhée, de l'hygiène etc.
- Ravitailler les MCH en sachets SRO et matériels d'IEC.
- Vulgariser les sachets SRO, les techniques de préparation et d'administration de la solution salée – sucrée.

MALADIES RESPIRATOIRES

La prévalence des maladies respiratoires (toux, difficultés à respirer, nez coulant) dans la zone ciblée est de 44% dont 24% présentaient une complication respiratoire qui se manifeste par une infection respiratoire aiguë. Cette prévalence au niveau du Borgou était de 29%⁹, tandis qu'elle était de 15% selon l'EDS-Bénin (1996).

La moitié des mères (50%) savent qu'il faut emmener leurs enfants à l'hôpital en cas de complication respiratoire.

En matière de pratique des mères lors des maladies respiratoires, 54% des mères ont donné de sein à leurs enfants plus que d'habitude ou comme d'habitude lors des problèmes respiratoires.

⁹ CRS-Bénin, KPC-Borgou, 1999

Selon l'âge, les enfants des tranches d'âge 6 à 11 mois et 12 à 23 mois sont plus affectés. Ce qui pourrait s'expliquer par la baisse de l'immunité due au sevrage.

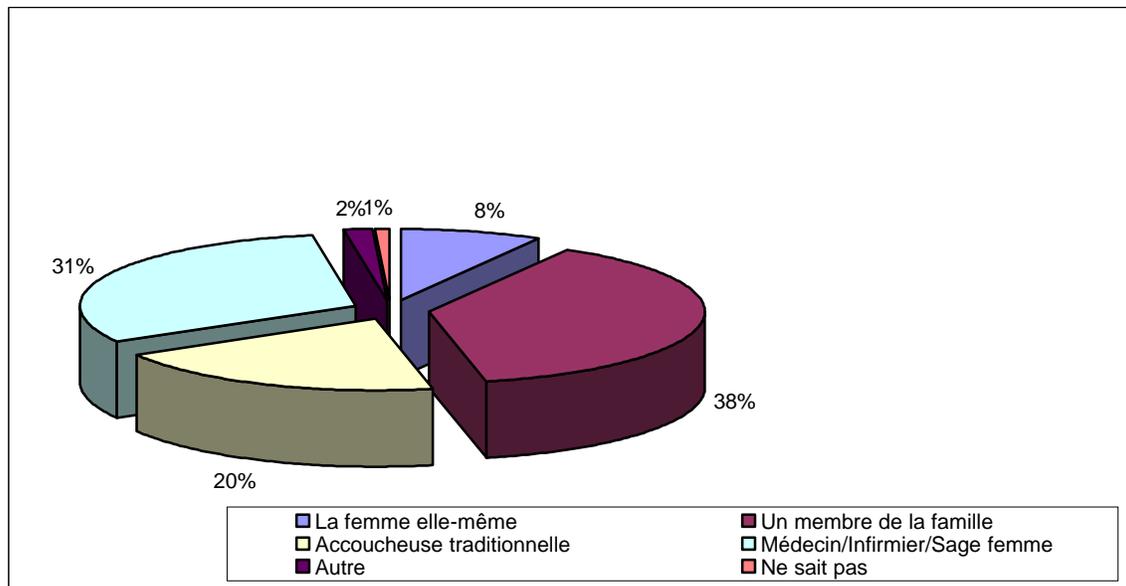
Recommandation n°6

- Lors des séances éducatives, mettre l'accent sur les signes de dangers liés aux maladies respiratoires aiguës.

SOINS MATERNELS

Dans l'Atacora et la Donga, six femmes sur dix, contre sept sur dix dans le Borgou et l'Alibori¹⁰ ont des carnets de santé maternelle au moment de l'enquête. La majorité d'entre elles (83%) a fait au moins une consultation prénatale. Malgré ce fort taux, seulement 33% des femmes ont eu un accouchement assisté par un agent de santé qualifié.

Graphique n° 6 : Pratique de l'accouchement assisté dans la zone d'étude.



Cela veut dire que sept femmes sur dix ont accouché à domicile. Notons que les femmes ont une assez bonne connaissance des aliments pouvant leur éviter l'anémie pendant la grossesse.

¹⁰ CRS-Bénin, KPC-Borgou-Alibori, 1999

COUVERTURE VACCINALE

61,3% des enfants de 12 à 23 mois ne sont pas totalement vaccinés ; ce qui explique un fort taux d'abandon dû à :

- L'accessibilité géographique des formations sanitaires
- L'insuffisance du personnel sanitaire
- Le manque d'organisation de la surveillance vaccinale

Quant aux mères, même si le taux est relativement bon, il reste à l'améliorer par les séances d'IEC qui mettront l'accent sur l'importance des cinq doses de VAT, les avantages des consultations prénatales et le calendrier vaccinal de l'enfant et de la mère.

Recommandations n°7

- Organiser les séances de vaccination au niveau des communautés en collaboration avec les responsables de centres de santé ;
- Orienter les mères vers les centres de santé pour la régularisation de l'état vaccinal de leurs enfants

OBJECTIFS DU PBC ATACORA-DONGA POUR 2004

Pratique

Allaitement maternel et nutrition de l'enfant:

Résultat 2001 : 22,2% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif.

Objectif 2004 : 40% des mères d'enfant de 0 à 3 mois révolus pratiqueront l'allaitement maternel exclusif

Suppositions (conditions prérequis, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Mamans auront toujours les bébés sur elles.
- * Création et formation des groupes de soutien.
- * Allaitement maternel.
- * Influence des parents proches (tantes, grand-mères).
- * Impossibilité de contrôler si la maman sort effectivement avec son bébé.
- * Alimentation des mères ; mauvaise et insuffisante.

Résultat 2001 : 11,1% des mères interrogées initient l'allaitement maternel dans la 1^{ère} heure suivant la naissance.

Objectif 2004 : 30% des mères doivent donner du sein à leur nourrisson dans la 1ère heure suivant l'accouchement

Suppositions (conditions prérequis, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Formation des AC, matrones et accoucheuses traditionnelles
- * Création et formation des groupes de soutien à l'allaitement maternel
- * Réticence de donner le colostrum aux bébés
- * Impossibilité de contrôler la mise au sein dans les premières heures dans les centres de santé

Suivi de croissance et soins maternels

Résultat 2001 : 20,2% des enfants possèdent une fiche individuelle de croissance délivré par le PBC et dont 16% ont été pesés au moins une fois les deux (02) derniers mois précédant l'enquête.

Objectif 2004 : 50% des enfants doivent avoir une fiche individuelle de croissance PBC et être pesés au moins une fois au cours des 2 mois qui précèdent l'enquête.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- Fonctionnement du PBC au sein des sociétés
- Engagement et dynamisme des AC, CVDS et RMCH
- Formation des responsables MCH, des AC
- Formation des responsables des Cabinets de soins privés
- Equipement adéquat des Centres PBC
- Motivation des RMCH et des AC en fonction des recettes des caisses de développement communautaires facteurs potentiels favorables.

Maladies diarrhéiques et respiratoires

Résultat 2001 : 74,8% des mères ont continué d'allaiter leur enfant de 0 à 23 mois au cours d'un épisode de diarrhée plus ou comme normalement.

Objectif 2004 : 85.% des mères continueront à donner le sein plus ou comme normalement au cours d'une épisode diarrhéique

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- Formation des RMCH et AC
- Faible niveau des AC et responsables MCH

Résultat 2001 : 70,4% des mères ont donné à leur enfant qui n'étaient pas exclusivement au lait maternel, plus ou comme normalement de liquides au cours d'un épisode diarrhéique.

Objectif 2004 : 80.% des mères donneront au cours d'un épisode de diarrhée, plus ou comme normalement de liquides à leur enfant malade qui ne sont pas exclusivement au lait maternel.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

Développer l'IEC

Résultat 2001 : 26,5% des mères interrogées pratiquent l'une ou l'autre des formes de la TRO à leur enfant au cours de la diarrhée.

Objectif 2004 : 50% des mères de la région pratiqueront la TRO lors de la diarrhée de l'enfant.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables).

- Intensifier les visites à domicile,
- Informer les mères lors de la prise des poids.

Couverture vaccinale

Résultat 2001 : 38,7% d'enfants complètement vaccinés

: 49,3% d'enfants ont reçu les trois doses de DTCP

: 46,0% d'enfants ont reçu la dose de Rouvax.

Objectif 2004 : 50% des enfants ayant atteint l'âge de 12 mois dans la zone d'étude doivent être complètement vaccinés.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Surveillance vaccinale continue.
- * Régularisation de l'état vaccinal de tous les enfants pendant la période d'essai.
- * Formation des AC sur le calendrier vaccinal et la tenue de registres de pesée.
- * Collaboration entre les centres de santé et les centres MCH.
- * Pénurie de vaccins dans les Centres de santé.
- * Communautés éloignées des centres de santé.

Connaissance

Allaitement maternel et nutrition de l'enfant

Résultat 2001 : 3,5% des mères savent que faire téter fréquemment son enfant stimule la production laiteuse.

Objectif 2004 : 20% des mères sauront que faire téter fréquemment stimule la production de lait maternel

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

* Formation des AC, matrones, accoucheuses traditionnelles

* Messages d'IEC spécifiques au profit des mères et groupes de soutien à l'allaitement maternel.

Résultat 2001 : 58,9% des mères savent qu'elles doivent introduire des aliments de sevrage en plus du lait maternel au repas de l'enfant entre 4 et 6 mois.

Objectif 2004 : 75% des mères sauront qu'elles doivent introduire l'aliment de complément entre 4 et 6 mois d'âge de l'enfant.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

* Formation des Animatrices Communautaires

* Séances d'IEC sur l'alimentation des enfants de 0 à 12 mois

* Séances de démonstrations culinaires sur la base des aliments locaux

* Inaccessibilité de certaines familles aux produits alimentaires

Vaccination

Résultat 2001 : 35,2% des mères ont reconnu que le VAT protège la femme et le nouveau-né

Objectif 2004 : 50% des mères doivent avoir une bonne connaissance du rôle du VAT.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Formation de AC, matrones, accoucheuses traditionnelles.
- * Messages d'IEC spécifiques sur l'importance du VAT pendant les consultations prénatales et à travers les canaux efficaces de communication.
- * Encourager les accouchements assistés.
- * Absence de centres de santé de proximité.
- * Non utilisation des canaux de communication adaptés.

Résultat 2001 : 14,4% des femmes savent que le nombre de vaccination contre le tétanos lors de la grossesse doit être au moins égal à deux.

Objectif 2004 : 40.% des mères sauront qu'une femme enceinte doit obligatoirement recevoir au moins deux doses de VAT.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Formation des AC, matrones, accoucheuses traditionnelles.
- * Messages d'IEC spécifiques sur les consultations prénatales à travers les canaux efficaces de communication.
- * Non utilisation de canaux de communication adaptés.

Résultat 2001 : 6,5% des mères ont eu une bonne connaissance de l'âge auquel un enfant doit être vacciné contre la rougeole.

Objectif 2004 : 30% des mères sauront qu'un enfant doit être vacciné contre la rougeole à l'âge de 9 mois.

Suppositions (conditions prérequisés, facteurs potentiels favorables, obstacles).

- * Formation des AC, matrones, accoucheuses traditionnelles.

* Messages d'IEC spécifique sur le calendrier vaccinal à travers les canaux efficaces de communication.

CONCLUSION

La présente étude permet de saisir la pratique et le comportement des mères d'enfants de moins de 2 ans en matière de santé maternelle et infantile dans l'Atacora et la Donga.

Il est ainsi apparu que la connaissance des mères sur la santé de leur enfant et sur le rôle de l'allaitement maternel exclusif est faible. Leur pratique en matière des différents indicateurs n'est pas bonne. Des efforts doivent être entrepris par tous les acteurs afin d'aboutir à un changement de comportement, certes influencés par d'autres facteurs culturels et sociologiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête connaissance, pratique et couverture vaccinale en santé maternelle et infantile Départements de l'Alibori et Borgou (zone rurale) MPSF/CRS-Bénin. (1999)
2. Enquête Démographique et de santé au Bénin 1996 : Rapport préliminaire : Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi ; institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Démographic and Health Surveys, Macro International Inc. (September 1996)
3. EPI Info version 6 guide de l'utilisateur. Editions ENSP
4. Facts for Life – A Communications Challenge: UNICEF, UNESCO & WHO, New York, New York (1989).
5. Henderson, R. H. & Sundaresan, T. : “Cluster Sampling to assess Immunization Coverage : A Review of Experience with a Simplified Sampling Method,” Bulletin of the World Health Organization 60 (2), pp. 253-260 (1991).
6. Household Survey Manual : Diarrhoea Case Management, Morbidity, and Mortality : Diarrhoeal Disease Control Programme, World Health Organization, Geneva (1989).
7. PL 480 Title II Development Project Proposal FY 1996-2000 (submitted to AID/BHR/FF Washington): Catholic Relief Services/Benin Program (October 1995).
8. Training for Mid-Level Managers: Coverage Survey: Expanded Program on Immunization, World Health Organization, Geneva (1988).

PERSONNEL DE L'ETUDE

Core team

ZANOU	Elisabeth	Project Manager Santé CRS-Bénin
GOHY	Gilles	MTIE Manager CRS-Bénin
YACOUBOU	Zénabou	C/PAN
BOKOSSA	Emmanuel	C/PAN
BODJRENOU	Augustin	C/PAN
AYEBOA Pierre	Claver	MPSF
DOSSOUGBETE	Berthe	DPS/MSP

Superviseurs

BALOGOUN	Edouard
SAGBADJA	A. Félicien
SOSSA	Jacob
CARRENA	Thomas
YACOUBOU	Zénabou
LAFIA	Jean-Paul
BODJRENOU	Augustin
AYEBOA Pierre	Claver
ORE-LAWIN	Antoinette
DOSSOUGBETE	Berthe

Groupe de discussion

Core team
DDPSP
R/CMCH
Superviseurs

Opérateurs de saisie

AYADJI	Virginie	Opératrice de saisie MTIE CRS-Bénin
ANIAMBOSSOU	Chantal	Opératrice de saisie Santé CRS-Bénin

Rédaction

BALOGOUN C.	Edouard	Analyste MTIE CRS-Bénin
-------------	---------	-------------------------

Lecture

SAGBADJA	A. Félicien	Project Manager Santé/Nutrition CRS-Bénin
----------	-------------	---